Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 1237 de 2006

Versión Taquigráfica N° 812 de 2006

DÍA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Se declara el 17 de julio de cada año

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 24 de octubre de 2006

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes Julio Basanta y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADO DE SECTOR: Señor Representante Carlos Maseda.

INVITADA: Delegada de la Asociación Suicidología Latinoamérica y el Caribe; Directora de la Organización No Gubernamental (ONG) "ÚLTIMO RECURSO" y asesora temporal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), doctora Silvia Peláez.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe a la doctora Silvia Peláez, Presidenta de la Asociación de Suicidología Latinoamericana y el Caribe. Es una profesional que ha trabajado en forma activa en este tema, fundamentalmente, en este proyecto de ley que ha sido aprobado por el Senado y que ahora está a estudio en la Cámara de Representantes.

La doctora Peláez solicitó una audiencia con la Comisión, a efectos de comentar esta iniciativa antes de que comenzáramos a analizarla. Tenemos que decir que hemos priorizado su solicitud de audiencia -tenemos muchos pedidos-, dada su reiteración y preocupación por el tema para que este año se transforme en ley.

SEÑORA PELÁEZ.- Les agradezco mucho por recibirme; es un gusto que los ciudadanos de a pie podamos acercar proyectos de ley o sugerencias a los señores legisladores, y que estas sean escuchadas.

Esto tiene mucha importancia, y no es algo común. Ustedes están viendo la punta de un iceberg, pues si bien soy una de las caras de la Asociación de Suicidología Latinoamericana y el Caribe y de la institución "Último Recurso", en realidad represento a todo un colectivo en el que hay un equipo de profesionales, pioneros en el Uruguay, que nos formamos en este tema, y que detrás tenemos a los pacientes que nos consultan por

comportamientos suicidas, y a los sobrevivientes de suicidios, es decir, los familiares, amigos, docentes o médicos de alguien que perdió la vida suicidándose.

Estas personas son especialmente tenidas en cuenta por la Organización Mundial de la Salud como una población de riesgo; se calcula que en el mundo hay cinco sobrevivientes por suicidio. Dadas las redes vinculares de nuestro país, nosotros podemos contar hasta quince o dieciséis sobrevivientes por cada suicidio. Esto escapa un poco de los valores internacionales por la red vincular de nuestra comunidad uruguaya; hay una propaganda de una bebida cola bastante conocida que dice: "Acá nos conocemos todos".

Nosotros avalamos la importancia de este proyecto sobre un tema de salud pública que es evitable. Con dieciséis años de trabajo, podemos dar fe de que esto es evitable. Además, desde los últimos dos años nuestra institución lleva adelante un primer plan de prevención de suicidios, que surgió a partir de una convocatoria de la Intendencia Municipal de Montevideo. Durante catorce años nosotros trabajamos sin financiación, en forma voluntaria y con el apoyo del CIPFE. Desde hace dos años, en la zona oeste de Montevideo llevamos adelante el plan "En mi barrio vivo y lucho previniendo el suicidio"; en su marco teórico, este plan considera que las personas pueden construir la propia salud psicosocial de la cual serán usuarias. Nuestro marco teórico desmedicaliza el suicidio, que no quiere decir que saquemos a los médicos, sino que el saber médico se integre al antropológico, al psicológico, al social, al espiritual, etcétera.

Este proyecto de ley tiene una gestación de catorce años de trabajo, y creemos que puede lograr convencer -como ha ocurrido con la Ley de Violencia Doméstica- que el suicidio es evitable, tal como lo podemos demostrar en nuestro trabajo y como lo demuestra la Organización Internacional de la Prevención del Suicidio -IAPS- o la Organización Mundial de la Salud, poniendo en la cabeza de los uruguayos la posibilidad de que este tema se puede tomar, que no es solo un tema con el que debe cargar el Estado sino que la comunidad puede y debe dar los primeros auxilios psicológicos y actuar en forma comprometida.

Quiero agregar que en el año 2009, gracias al trabajo de la institución "Último Recurso", Uruguay será sede del Congreso Mundial de Prevención del Suicidio, instancia que desde hace más de veinticinco años no se realiza en Latinoamérica, habiendo sido en México y en Venezuela, dos países con capacidades muy distintas a las nuestras. Este es un mérito de la institución que represento y creo que es muy bueno que a nivel internacional nos hayan designado como sede, no con un criterio exclusivo para Uruguay sino con un criterio latinoamericanista de la suicidología.

SEÑOR MASEDA.- En primer lugar, somos nosotros quienes agradecemos la visita de la doctora Peláez.

En segundo término, quiero decir que no tengo un conocimiento profundo del tema, y que por lo tanto voy a escucharla con atención.

En tercer lugar, debido a la relación que hemos tenido con familiares que han vivido el suicidio en adolescentes, se trata de un tema que nos ha tocado muchísimo, sobre todo en nuestro departamento de Artigas y que, precisamente, nos ha hecho reflexionar sobre algunas cosas. Muchas veces los uruguayos somos tremendistas y pensamos que lo que nos ocurre a nosotros es lo peor, pero cuando enfrentamos una situación, por ejemplo, en la que un padre pierde a un hijo por suicidio, nos damos cuenta de que lo que nos pasó a nosotros es muy pequeño frente a la situación que vive ese padre o esa familia.

En este entorno que he planteado, y luego de hacerle estas consideraciones, quisiera saber cuáles son los motivos que causan esta situación; cuál es la problemática en la juventud. Nos gustaría saber, desde el punto de vista de su formación, de su conocimiento, cuáles son los estados que llevan al ser humano a volcarse a tomar la decisión de suicidarse. En realidad, le planteo más dudas que certezas. Por lo tanto, voy a escuchar sus respuestas con mucho gusto.

SEÑORA PELÁEZ.- En las dudas y certezas estamos juntos. Nosotros también tenemos más dudas que certezas, así que lo entendemos bien.

Mueren de uno a dos uruguayos por día debido a esta problemática. En Montevideo, la mayor cantidad de personas que mueren, vivían en la zona oeste, y por eso se instrumentó el plan de la Intendencia. Pero hay más cantidad de suicidios en el interior que en Montevideo. Si el señor Diputado es de Artigas, lo sabe bien.

Los causas son múltiples, por eso debe verse desde una multidisciplinariedad, pero hay factores desencadenantes. En lo que respecta a la población más joven, las causas son la violencia doméstica, el abuso sexual, el abuso de sustancias adictivas legales o ilegales, la falta de contención en las instituciones, escuela, familia, así como la falta de proyectos. Eso en materia de jóvenes.

Con respecto a los ancianos, que son los que más se suicidan en el Uruguay, sobre todo en el interior, donde la población ha envejecido y, además, se ha masculinizado, los que más concretan el suicidio son varones de más edad. Aquí tenemos un aspecto bien antropológico, que tiene que ver con que su cultura, su saber, en esta posmodernidad ha dejado de ser valioso. Entonces en una cultura sexista, donde si yo pierdo mi juventud y mi vigor, pierdo mi potencia, yo, que domaba -del latín, "domus", dominio- ya no lo hago, entonces, la cuerda me ahorca a mí y yo soy el último animal que enlazo. Aquí doy un ejemplo bien antropológico, que podemos ver al leer "Barranca Abajo", que se vio en los últimos años y que tiene que ver con el orgullo de la masculinidad, el orgullo perdido, el fracaso en el mundo de lo público -como cuando le sacan las tierras a Zoilo-, que aún lo vemos. Algunos medios de prensa han hablado del síndrome de "Barranca Abajo" que se ve en el medio rural.

Entonces, el enfoque es psiquiátrico, psicológico, pero sobre todo antropológico y con perspectivas de género, y tiene que ver con que el que no está en Wall Street, con un traje, no es un modelo válido, porque la globalización, que tiene muchas cosas buenas, también hace sentir que algunos saberes o algunas culturas no tienen dignidad. Por eso, el trabajo tiene que ser local; y cuando se hacen tareas, por ejemplo con los aborígenes de Canadá, donde el Gobierno, con muy buena intención, contrata suicidólogos, pero no hacen una alianza con los caciques y ello resulta como una revictimización.

En nuestro medio rural vemos, no tanto la locura sino la depresión a la que se llega porque "yo no tengo lugar en este mundo". Además, en el campo no es lo mismo ser una abuela que un abuelo. En un medio más citadino, la cultura del abuelo que sabe -de Christian Andersen- y que tiene mucho saber, es valorada, pero no en esos medios donde "soy varón en cuanto mi cuerpo responde".

(Diálogos)

——Con respecto a que nadie está libre, nosotros no hablamos de los suicidas, sino de la situación de riesgo suicida. Muchos, o todos, podemos entrar, pero también todos podemos salir. Entonces, queremos que la parte operativa intente rescatar, porque en nuestros propios colegas o en los psicólogos, a veces existe una tendencia -el señor Diputado Gallo Imperiale lo debe saber- a pensar que la persona es suicida y no hay nada que hacer. Mientras hay vida, este paciente no debe tratarse como un enfermo terminal. Quizás después se llegue a la conclusión de que se trataba de un caso muy complicado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay situaciones en las que el suicidio aparece en forma relámpago en una persona que aparentemente no tenía ninguna causa para llegar a tomar esa decisión. ¿Qué nos puede decir sobre esto?

SEÑORA PELÁEZ.- Generalmente se trata de que no se pudo leer las señales; estas no son muy difundidas. Luego, en las autopsias psicológicas, cuando se mira hacia atrás, se empieza a ver cosas. Ahí debe trabajar el médico, ya que las personas muchas veces lo consultan, pero no hablan del tema. Si la persona perdió el trabajo y hay una enfermedad psiquiátrica encubierta, si hay un cambio en la situación familiar o social, el médico puede indagar y preguntarle: ¿usted ha pensado en sacarse la vida? Nadie da esa idea a una persona por hacerle esa pregunta.

SEÑOR VEGA LLANES.- Lo que está expresando la doctora es muy removedor.

Básicamente, estamos de acuerdo con la no medicalización de este tema.

SEÑORA PELÁEZ.- Sí, pero teniendo en cuenta que el médico es insustituible.

SEÑOR VEGA LLANES.- Sí, estamos de acuerdo, sobre todo en cuanto a la prevención y al trabajo sobre este tema.

Con cierta frecuencia uno ve en los accidentes de tránsito, muchachos o muchachas que han sufrido dos o tres accidentes de ese tipo y conductas que son más que una imprudencia. Creo que esto tiene una unión con la prevención de los accidentes de tránsito. De hecho, muchos están vinculados a conductas suicidas inconscientes.

SEÑORA PELÁEZ.- Creo que los accidentes de tránsito con muertes violentas son iguales al suicidio.

SEÑOR VEGA LLANES.- No sé cómo podrá instrumentarse el trabajo en los centros educativos, pero me parece que esta es una de las cosas más interesantes que se pueden hacer y, sin duda, cuenta con el apoyo de la Comisión.

SEÑOR BASANTA.- Escuché atentamente lo que la señora Peláez planteaba. Yo represento al departamento de Colonia, que me he enterado que tiene uno de los mayores índices de suicidio. Las razones son las que planteaba la doctora, quien me hizo ver que tenía más dudas que certezas. Precisamente, el punto está en un abordaje local de las causas.

SEÑORA PELÁEZ.- Respetando la identidad del lugar.

SEÑOR BASANTA.- En el departamento de Colonia tenemos una estructura social muy determinada; tal es el caso de la inmigración valdense. Ellos vinieron con una mano atrás y otra delante. Como lo ha definido algún sociólogo, tienen una enfermiza identidad propietaria. Durante mil años, por razones religiosas, los valdenses no podían ser dueños de la tierra en Italia. Entonces, cuando vinieron acá, se aferraron a la tierra y, hasta el día de hoy, en la tercera o cuarta generación, la gente tiene un sentido muy acendrado de la propiedad rural y de las cosas; es común ver gente que cuida más la vaca que a la familia, por decirlo de alguna forma. Los últimos tiempos de crisis económica y de pérdida de esos valores han llevado al suicidio. Se ha roto esa estructura de trabajo y logro económico para la familia. La gente dice: "Yo me fundí trabajando". No puede entender que hoy un productor agropecuario tiene que ser un empresario rural, porque trabajando se funde. Esa falta de conexión entre la realidad y la imaginería religiosa y cultural lleva a que gente de cuarenta y ocho o cincuenta años se quite la vida porque ve frustrado su proyecto.

Me imagino que en Artigas existe otro drama con la frontera, la bebida, la caña brasileña y la cultura del "fazendeiro", que es distinta a la cultura del pequeño granjero de Canelones.

Pienso que todo esto debe ser analizado desde el punto de vista del enfoque particular.

En la Intendencia Municipal de Colonia tenemos un problema. Sabemos que los protestantes van a la tierra y los católicos a los nichos. A alguien, en la Intendencia, se le ocurrió forrar los sepulcros de la tierra y venderlos por diez años. Pero eso va en contra de la creencia de los protestantes de que de polvo eres y al polvo volverás. Entonces, se armó todo un lío descomunal con los pastores y la gente. Eso atenta contra esa cultura, y puede tener efectos no deseados, como el que la doctora plantea. Me refiero a que un abordaje general no nos va a conducir a la solución.

SEÑORA PELÁEZ.- Nos han llamado algunos pastores para dar charlas y asesorar a los técnicos. Y una pastora nos decía que el de los protestantes es el grupo religioso de más suicidios, según las últimas estadísticas. El cura o el rabino pueden prohibir teológicamente el suicidio y eso opera en la vida de las personas. Pero parecería que el pastor protestante no puede. Sí puede decir: "No estoy de acuerdo con que te suicides. Te voy a acompañar al psicólogo. Vamos al médico", pero no lo puede prohibir. Quizás se junten otras cosas -como una cultura un poco rígida-, pero parecería que eso también pesa.

Como ven, cada suicidio es un mundo y significa algo que se quiso decir frustradamente. Pero hay que poder decirlo en palabras y no llevarlo al acto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este es un aspecto muy removedor y no frecuente en el tratamiento de las comisiones de salud, porque va un poco más allá. Todos los temas vinculados a la muerte siempre son muy removedores. En los últimos años, en esta Comisión nos hemos caracterizado por tratar de

legalizar aspectos que tienen en común el proceso de la muerte. Sin duda, nadie está libre del suicidio porque, en definitiva, cada individualidad tiene su problemática y no se puede prever.

En ese sentido, quiero informar a los compañeros que este proyecto de ley fue votado por unanimidad en el Senado. Hubo un informe de la señora Senadora Xavier y, sin discusión, fue votado rápidamente, diecinueve en diecinueve. Aquí nos comprometemos a tratarlo. Tengo la impresión de que es un proyecto que podemos sacar rápidamente por los antecedentes que tenemos del Senado.

Por otro lado, tiene algunos aspectos que me gustaría conocer, porque no se trata solamente de declarar un día de lucha contra el suicidio. Tiene aspectos de educación y del uso de los medios de comunicación. Pero el artículo 3º establece la obligatoriedad de la capacitación del personal de la salud pública y privada, bomberos y funcionarios policiales en la atención de personas con señales de comportamiento suicida, así como el abordaje y el rescate.

Nos gustaría saber cómo está planteada la instrumentación de esta parte.

SEÑORA PELÁEZ.- Es el asesoramiento de los primeros auxilios psicológicos y de las señales de riesgo. Además, que se tenga en cuenta a personas con intentos de autoeliminación recientes, las que serán especialmente cuidadas en una guardia.

Por ejemplo, los aliados más cercanos que hemos tenido a la institución son los policías de azul, los de seccional, y los bomberos. Ellos tienen que ir a las casas y se encuentran con el muerto por suicidio. Entonces, conocen la desesperación familiar. No dudan de que esto sucede y se presentan a colaborar.

Inclusive, en el Congreso Latinoamericano, en una mesa expusimos el rol del policía y el bombero, y después vimos que los argentinos, en Córdoba, y los ingleses, en Sudáfrica, mandaron policías negociadores para colaborar.

Nuestra idea es que el personal de las emergencias y el que tiene directa relación con la comunidad -como los apoyos telefónicos del 911- sea informado, por lo menos de lo básico, adónde llamar y que estén los números de referencia a disposición.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Quién organiza? ¿Quién capacita? ¿Qué organismo es el que, en definitiva, da toda esa información y asesoramiento a esta cadena?

SEÑORA PELÁEZ.- Las autoridades de cada lugar son las que los eligen. Nuestra institución tiene dieciséis años y hace diez años que estamos formando gente acá y fuera del Uruguay. Aclaro que es un recurso que no es público, es una ONG. Supongo que cada institución, el Ministerio de Salud Pública, las autoridades, elegirán lo que corresponde.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si en los antecedentes del análisis de este proyecto hubo alguna opinión de Salud Pública al respecto.

SEÑORA PELÁEZ.- La Comisión Asesora Técnica fue consultada e hizo un comentario favorable que se adjunta en uno de los informes.

La Ministra de Salud Pública está al tanto del trabajo de nuestra institución y del tema, porque nosotros le hemos acercado información.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este va a ser un insumo del programa de promoción de salud que está implementando el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑORA PELÁEZ.- El promedio que gasta un politraumatizado o intoxicado en CTI es de US$ 1.000 por día, durante veinte días aproximadamente, sin contar los gastos de psiquiatra, de sanatorio psiquiátrico, de Hospital Vilardebó, ni de emergencia. He revisado algunos informes, leído algunas

historias, y he podido constatar que a veces tienen veinte o veinticinco días internada a una persona pos intento de autoeliminación. Pasa lo mismo que con los accidentes, se gasta mucho más después.

Me parece que este proyecto no va a generar gastos, al contrario, va a ahorrar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nos comprometemos a estudiar este proyecto y a votarlo lo más rápido posible para que se transforme en ley este año.

SEÑORA PELÁEZ.- Les agradezco mucho, sobre todo en nombre de las personas que han sufrido tanto dolor por este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su visita.